FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par M. Georges GENDRON

Né à Chateau-Renault (Indre-et-Loire), le 6 novembre 1881
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

L'ADÉNOPATHIE MÉDIASTINE

SA VALEUR CLINIQUE

DANS LES

berculoses pulmonaires aiguës et curables

DE L'ENFANT

Président : M. MARFAN, *professeur*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD. DEJERINE.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (PIERRE).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (GILBERT)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DELBET (PIERRE). QUÉNU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD	DUVAL.	LÉRI	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.
BRINDEAU.	GRÉGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (ANDRÉ).	GUÉNIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBÉ.	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBÉCOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECÈNE.	OMBRÉDANNE.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions ém
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme pro
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

362

A MES PARENTS

ET

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ladenopathiemedi0000vari

A M. Le Professeur MARFAN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

qui a bien voulu me faire le grand honneur de présider cette thèse.

A M. Le Docteur L. GUINON

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

dans le service duquel j'ai poursuivi ce travail et dont les conseils m'ont été précieux.

HOMMAGE DE BIEN VIVE RECONNAISSANCE A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Professeur Gilbert.	Broussais, nov. 1900-mai 1901
Docteur P. Lereboullet (1). .	
Professeur-agrégé F. Chevassu.	Hôtel-Dieu, 1901 (mai-oct.). Laennec, 1902 (juillet-octob)
Docteur Enriquez	Hôtel-Dieu, 1901 (oct.)
Docteur Barth	Necker (stage), 1902.

Externat

Docteur Routier.	Necker, nov. 1903-mai 1904.
Docteur L. Guinon	Trousseau, 1904-1905.
Docteur Le Gendre.	Lariboisière, 1905-1906.

Internat provisoire

Docteur Florand.	Tenon, 1906.
Docteur Danlos	Saint-Louis, 1906.

Internat

Docteur Huchard. . . . . (*in memoriam*)	Necker, 1907-1908.
Docteur André Petit.	Hôtel-Dieu, 1908-1909.
Docteur Jules Renault . . .	Andral, 1909-1910.
Docteur L. Guinon.	Bretonneau, 1910-1911.

(1) Qu'il me soit permis de dire ici ma reconnaissance toute particulière pour le Docteur P. Lereboullet qui a toujours été pour moi le meilleur des « parrains » et le plus dévoué des amis.

INTRODUCTION

Les *formes aiguës et curables de la tuberculose pulmonaire* constituent un chapitre bien tranché de la tuberculose infantile, et leur étude présente un intérêt tout particulier.

Ces formes évoluent en effet comme des maladies aiguës, elles ont, en général, apparence de bénignité, et guérissent. Mais cette guérison est trompeuse ; et, lorsqu'on n'a pas su reconnaître la tuberculose cachée, cette forme peut constituer une étape vers la tuberculose pulmonaire chronique.

Le *diagnostic* de ces affections a donc un intérêt capital ; il serait cependant presque impossible à porter si ces formes de tuberculose étaient vraiment une première manifestation du mal. Mais justement elles ne caractérisent pas l'*invasion* de la tuberculose.

Elles surviennent toujours chez des enfants porteurs d'une *tuberculose occulte*. Quel que soit le point de pénétration de la tuberculose, cette invasion a produit une réaction ganglionnaire ; et, alors que dans un état vraiment aigu tel que la coqueluche, cette adénopathie n'est que passagère, elle persiste dans le cas de tuberculose.

Cette notion d'*imprégnation tuberculeuse* antérieure, dont la signature est l'*adénopathie médiastine*, jette une grande lumière sur l'étude des modalités aiguës et curables de la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

Au point de vue du *diagnostic*, et constatée au cours d'un état aigu qui ne la légitime pas, elle doit faire penser que l'enfant, porteur de cette lésion, a pu subir l'infection tuberculeuse.

En suivant l'évolution de cette adénopathie, nous pourrons fixer notre *pronostic*, et en traitant ces enfants comme des tuberculeux, nous réglerons un traitement *prophylactique* prudent.

En outre, la notion de cette adénopathie médiastine permet de comprendre la *pathogénie* de ces formes aiguës et curables de la tuberculose :

D'abord, en prouvant que le sujet observé est déjà imprégné de tuberculose, et en expliquant les rechutes qui peuvent survenir chez ce malade puisqu'un foyer tuberculeux existe.

Enfin et surtout, en montrant, — dans certaines formes de tuberculose où la réaction très vive se manifeste sans foyers apparents, — que, malgré tout, ce foyer existe mais évolue sournoisement sans autre manifestation que l'adénopathie.

I. — Nous ferons, dans un premier chapitre, une revue rapide des *manifestations pulmonaires aiguës et curables de la tuberculose* telles que les conçoivent les auteurs classiques.

A) Les formes à *localisation pleuro-pulmonaire isolée* : 1° pleuro-tuberculose aiguë curable ; 2° bronchite aiguë ; 3° congestion pulmonaire avec ses types variés ; 4° splénopneumonie ; 5° broncho-pneumonie.

L'étude des observations cliniques se rapportant à ces

formes nous montre l'existence constante d'adénopathie médiastine ; nous serons donc amené à étudier, comme annexe à ce premier chapitre, l'*adénopathie médiastine* telle qu'on l'observe dans ces formes, et à discuter la valeur des signes qui sont à notre disposition pour en rechercher l'existence.

B) Nous constaterons également l'existence de l'adénopathie bronchique dans les *formes pulmonaires associées à d'autres localisations viscérales*.

C) *Dans la tuberculose infectieuse à forme atténuée* (Hutinel, Aviragnet), forme avec localisations pulmonaires peu marquées mais avec réaction générale très vive, décrite aussi sous le nom de *typho-bacillose* (Landouzy).

L'observation, d'une manière constante, de l'adénopathie bronchique dans ces diverses formes met en évidence la notion de tuberculisation antérieure des sujets qui en sont porteurs et nous amènera à étudier :

II. — Les *signes d'imprégnation tuberculeuse* et les autres manifestations dues à l'invasion du bacille de Koch, susceptibles de précéder les accidents aigus.

III. — Nous insisterons en concluant sur la *portée pratique* de cette étude en montrant comment l'on peut concevoir cliniquement les diverses manifestations aiguës tuberculeuses à la lumière de ces données.

PLAN GÉNÉRAL

I. — Les manifestations pulmonaires aigues et curables (étude clinique d'après les classiques).

A. — *Formes pulmonaires isolées.*

1° Pleuro-tuberculose aiguë curable.
2° Bronchite aiguë.
3° Congestion pulmonaire.
4° Spléno-pneumonie.
5° Broncho-pneumonie.

Annexes au chapitre : A. — *L'adénopathie médiastine.*

B. — *Formes pulmonaires associées à d'autres localisations viscérales.*

C. — *Tuberculose infectieuse à forme atténuée* (Hutinel-Aviragnet ou *typho-bacillose* (Landouzy), formes avec localisation pulmonaire peu marquée et réaction générale très vive.

II. — Les signes d'imprégnation tuberculeuse.

III. — Portée pratique de cette étude.

IV. — Pronostic et traitement.

V. — Conclusions générales.

CHAPITRE PREMIER

LES MANIFESTATIONS AIGUES PULMONAIRES

(Etude clinique d'après les classiques).

A. — Formes pulmonaires isolées.

1° Pleuro-tuberculose aiguë curable.

De toutes les formes de tuberculose aiguë localisée, la pleurésie est la *plus commune*, la *plus typique*, et la *plus curable aussi*. Cliniquement elle peut se ramener à trois types principaux bien décrits par Aviragnet et Tixier (1) :

Des formes atténuées.

Des formes d'intensité moyenne.

Des formes graves.

« *Les formes atténuées* sont constituées par un épanchement de liquide séro-fibrineux minime. C'est une simple lame interposée entre la paroi thoracique et le poumon qui donne lieu à un souffle très léger au niveau de la base. Les signes fonctionnels sont réduits au minimum : la toux sèche et quinteuse s'accompagne de gêne et de pesanteur unilatérale plutôt que d'un véritable point de côté. La réaction générale est modérée, c'est tout au plus si le ther-

(1) Aviragnet et Tixier, Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. Rapport au *Congrès de Pédiatrie* tenu à Toulouse en septembre 1910.

momètre atteint 38°. Il suffit de laisser les malades au repos et de provoquer la diurèse pour voir l'épanchement se résorber en l'espace de quelques jours ».

« *Les formes d'intensité moyenne* répondent au type classique de la pleurésie en apparence primitive, véritable pleurésie tuberculeuse comme l'a montré, il y a longtemps, le professeur Landouzy par les seules données de la clinique, opinion confirmée en tous points par la bactériologie, la cytologie et l'anatomie pathologique. Les signes fonctionnels sont en rapport avec l'existence d'un épanchement pleural généralement abondant. La température s'élève à 38°5-39°, l'amaigrissement s'accuse assez vite. La résorption de l'épanchement est tantôt spontanée, tantôt son abondance ou sa reproduction nécessitent une ou deux thoracentèses. La convalescence est elle-même plus longue que dans le cas précédent. »

« *Les formes graves* se signalent par l'intensité des phénomènes généraux, l'hyperthermie se maintient pendant deux à trois semaines, quelquefois même davantage ; l'amaigrissement est considérable. L'épanchement se reproduit très vite après l'évacuation et d'ailleurs la thoracentèse est dans ces conditions souvent inutile, parfois nuisible. La convalescence demeure incertaine pendant longtemps, en dehors de toute localisation pulmonaire surajoutée. L'apyrexie n'est ni complète ni franche ; à la moindre fatigue le thermomètre atteint ou dépasse 38°. Ces formes sont graves, car la fréquence des rechutes doit faire redouter une détermination pulmonaire du bacille de Koch qui n'est pas sans assombrir le pronostic. Cette modalité de tuberculose pleurale est toutefois susceptible de

guérison, mais elle nécessite souvent plusieurs mois ou plusieurs années d'interruption de vie active (1). »

« Dans ces pleurésies aiguës l'intervalle qui sépare les manifestations pulmonaires et pleurales est parfois très réduit chez l'enfant. Au début de la maladie on a noté du côté malade, au sommet, la faiblesse de l'inspiration coïncidant avec l'élévation de tonalité de percussion et l'augmentation des vibrations ; puis la sonorité a diminué et la respiration devient plus faible (2). »

Enfin, même lorsque la pleurésie a diminué, on voit persister les signes de congestion du sommet : submatité, respiration affaiblie, augmentation des vibrations.

Dans ces cas la lésion pulmonaire est établie et peut évoluer tôt ou tard. Dans ces formes également existe l'adénopathie médiastine qui persistera comme signature du mal, alors que la lésion pulmonaire sera cicatrisée. D'où l'importance de la constatation des signes de cette affection après l'évolution d'une pleurésie.

Voici une observation qui met ces faits en relief.

Observation I (service du Dr Guinon) (3).

L... Alexandre, 7 ans 1/2, entre à l'hôpital Bretonneau le 14 décembre 1909, salle Barthez, lit n° 4.

On n'a pas de renseignements sur les antécédents du petit malade. Il entre à l'hôpital pour troubles digestifs, vomissements et diarrhée.

Durant la première semaine de séjour, la température monte

(1) Aviragnet et Tixier, *loc. cit.*

(2) L. Guinon, in *La pratique des maladies des enfants*, p. 457.

(3) Toutes les observations que nous rapportons ont été prises pendant notre année d'internat à Bretonneau dans le service du Dr Guinon ou nous ont été communiquées par lui.

graduellement à 39°, et dès le 3e ou 4e jour apparaissent à la base droite des signes d'épanchement pleural.

15 *décembre.* — Les signes physiques sont les suivants :

Submatité dans toute la moitié inférieure du poumon droit ;

Diminution des vibrations à ce niveau, sans souffle, sans râles ni frottements.

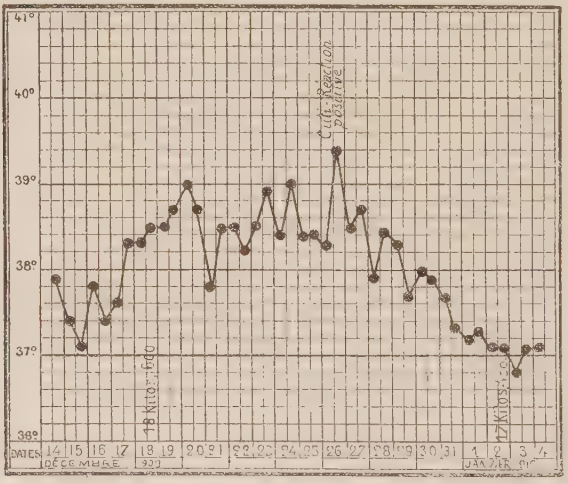
Pas d'égophonie. Pas de pectoriloquie aphone.

Skodisme sous la clavicule droite.

Une ponction exploratrice pratiquée donne issue à un liquide citrin contenant les éléments suivants :

Lymphocytes	75 0/0
Mononucléaires moyens.	5 0/0
Polynucléaires	20 0/0

20. — On constate l'apparition, à la base droite, d'un souffle



tubaire expiratoire et légèrement aigre. La matité remonte toujours jusqu'au pôle inférieur de l'omoplate. A ce niveau, le murmure vésiculaire reste diminué, les vibrations sont abolies. Pas de transmission des vibrations vocales à l'auscultation. Mais au niveau de l'espace interscapulaire, on constate l'existence d'un *gros souffle d'adénopathie bronchique*. On constate également

l'existence de nombreux ganglions petits, mobiles et élastiques au niveau des régions des aisselles, des aines, du cou.

26. — Apparition de frottements pleuraux dans toute la hauteur du thorax à droite et en arrière. Le souffle d'adénopathie est très net.

La *cuti-réaction* pratiquée le 18 janvier est nettement positive.

2 *janvier*. — Le côté droit reste submat à la percussion, mais le murmure vésiculaire s'entend dans toute la hauteur du poumon.

On perçoit encore quelques frottements.

10. — Le murmure vésiculaire reste très diminué à la base droite. La respiration est soufflante aux deux sommets, en particulier au sommet gauche.

L'enfant a perdu 1.200 grammes pendant sa maladie, mais son état général est satisfaisant, et il part en convalescence à Laroche le 10 janvier.

Les autres manifestations aiguës de la tuberculose au niveau du poumon : *bronchites aiguës*, *congestion pulmonaire*, *spléno-pneumonie*, *broncho-pneumonie* ne se diagnostiquent pas aussi aisément que la pleurésie. C'est dans ces formes surtout que l'adénopathie médiastine joue un rôle primordial, non seulement au point de vue du diagnostic de la tuberculose, mais encore au point de vue de la pathogénie de ces affections. Ces accidents broncho-pulmonaires ne sont en effet qu'une réaction au cours d'une adénopathie médiastine. H. Meunier, dans sa thèse (1), a montré, en effet, quelle action nocive les ganglions trachéo-bronchiques pouvaient exercer sur les nerfs voisins par *compression*, *propagation intranerveuse du processus inflammatoire*, et *irritation à distance*. Il met

(1) H. Meunier, *Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire*. Thèse Paris, 1896.

en évidence ce fait, que les symptômes constatés cliniquement sont la conséquence des troubles d'innervation dans le territoire des nerfs atteints.

Il en résulte que ces manifestations de tuberculose pulmonaire curable relèvent d'une cause *infectieuse* d'une part, d'un trouble *trophique* d'autre part, et c'est pourquoi la maladie a une évolution très particulière, permettant de rechercher l'adénopathie médiastine, cause première de ces poussées aiguës (1).

2° Bronchites aiguës.

Les bronchites aiguës se rencontrent à tout âge, mais particulièrement chez les enfants déjà grands, de 7 à 15 ans.

α) Les **bronchites généralisées** apparaissent sans grande réaction générale, souvent à l'occasion d'un rhume banal. Du jour au lendemain, la poitrine se remplit de râles sonores, sans qu'il y ait modification de la sonorité, sauf à la région du hile, en arrière, où l'on constate souvent de la submatité.

La température est peu élevée. Les signes fonctionnels, quoique peu marqués, sont exagérés en comparaison des signes cliniques : la toux est quinteuse souvent, sèche et pénible. L'enfant pâlit et maigrit un peu, quoique l'appétit ne soit pas altéré.

L'évolution se fait rapidement vers la résolution, mais ces poussées de bronchite peuvent se reproduire, et certains sujets ont pour ce mode d'infection une susceptibilité

(1) J. Vosy, *Contribution à l'étude des réactions broncho-pulmonaires au cours de l'adénopathie bronchique tuberculeuse*. Thèse Paris, 1911.

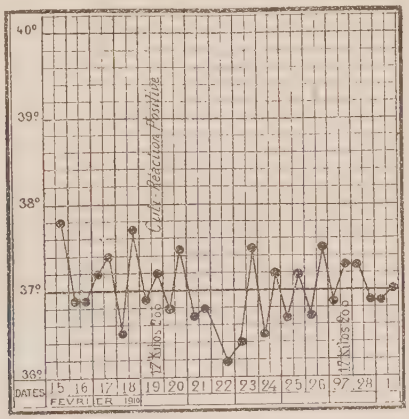
toute spéciale. Cette prédisposition est due souvent au rôle que joue l'adénopathie dans le mécanisme de ces infections, elle peut être liée également à l'existence de végétations adénoïdes. Ce sont là deux éléments importants à fournir pour le diagnostic de ces bronchites.

Nous rapportons ici une observation de bronchite disséminée survenue comme manifestation aiguë curable de tuberculose pulmonaire et accompagnée d'adénopathie bronchique.

Observation II (Service du Dr Guinon).

Robert M..., âgé de 5 ans, entre le 15 février 1910, salle Barthez, lit n° 5.

La mère de cet enfant est soignée pour tuberculose pulmo-



naire. Lui-même est sujet aux bronchites fébriles. Il a souffert également de quelques poussées d'entérite.

A l'entrée, l'enfant se plaint de douleurs dans le côté gauche et de mal de tête.

L'examen montre qu'il s'agit d'un enfant rachitique présentant

au niveau des aines, du cou et des aisselles de petits ganglions, durs et mobiles.

A l'auscultation, on trouve tous les signes d'une bronchite disséminée : râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine. Les premiers jours, ces signes de bronchite prédominent du côté gauche, et au sommet de ce côté la respiration est soufflante.

Dans l'espace interscapulaire, on trouve un souffle d'adénopathie se propageant vers le sommet gauche.

L'état général n'est pas mauvais. L'appétit ne manque que les deux ou trois premiers jours.

La cuti-réaction pratiquée le 19 février est nettement positive.

La température qui était montée certain soir jusqu'à 37°8 et faisait une courbe très irrégulière, retombe à la normale le 1er mars.

Les signes de bronchite ont disparu, seuls les signes d'adénopathie persistent. L'enfant sort de l'hôpital.

β) **Bronchites localisées** : 1° au sommet ; 2° au hile ; 3° aux bases.

1° Au sommet. — Cette bronchite du sommet est particulièrement délicate à diagnostiquer. Par sa localisation même « elle n'expose guère à méconnaître la tuberculose, mais plutôt à la faire croire plus grave et plus profonde qu'elle n'est en réalité » (Hutinel, leçon du 7 janvier 1911) (1). Hutinel rapporte quelques faits de ce genre qui sont particulièrement frappants : « Je voyais, il y a longtemps déjà, un enfant de onze ans, pâle, de mine chétive, qui présentait quelques ganglions au cou et que l'on disait atteint de grippe. Je fus étonné de percevoir au sommet droit, une pluie de râles sous crépitants, très abondants et

(1) Hutinel, Leçon du 7 janvier 1911, in *Gazette des hôpitaux*, février 1911, p. 175.

très humides, et je manifestai devant la famille quelques inquiétudes. Bientôt les signes se modifièrent, une dizaine de jours après les râles avaient disparu, mais l'expiration était prolongée, légèrement soufflante au sommet, et l'*inégalité de la respiration* aux deux hiles pulmonaires me faisait penser à une bronchite locale du sommet causée par l'adénopathie ». Certaines formes peuvent même donner lieu à des signes pseudo-cavitaires.

« Une autre fois, j'étais appelé auprès d'un grand garçon pâle, lymphatique, dont le frère était mort phtisique quelques mois auparavant, et qui toussait depuis quelques jours. Des râles humides, abondants, s'entendait au sommet droit et éclataient sous l'oreille quand le malade toussait. On pouvait certainement penser à une fonte tuberculeuse du poumon, mais l'évolution des accidents avait été trop rapide, la percussion ne donnait pas de matité, la transsonance pulmonaire était conservée et il y avait peu de retentissement de la voix. Là encore, il s'agissait d'une bronchite locale. Les accidents disparurent vite et le malade parut guérir ; mais on constatait facilement que la respiration, affaiblie au niveau du hile droit, était rude à gauche, et qu'une adénopathie trachéo-bronchique était très probable. L'enfant fut envoyé à la campagne, il s'y fortifia et sa santé se consolida rapidement.

« Un autre jour, on amenait à ma consultation un grand garçon de 13 ans, blond et pâle très lymphatique, qui depuis plusieurs jours toussait d'une façon pénible. Je fus surpris, en l'auscultant, de trouver sous la clavicule droite de nombreux râles muqueux. Pas de matité d'ailleurs, ni de modification de la transsonance, pas d'exagération des

vibrations thoraciques. Je parlai de bronchite locale et j'engageai les parents à surveiller l'enfant. Le médecin de la famille constata les mêmes signes et eut la sagesse de n'être pas trop pessimiste. L'orage passa, la bronchite disparut, mais elle laissa après elle les signes d'une adénopathie médiastine qui, d'ailleurs, n'empêche pas l'enfant de se développer (1). »

D'après ces faits cliniques, on peut voir la difficulté du diagnostic de bien des cas. Mais la variabilité dans les signes de la bronchite, la discordance entre les signes d'auscultation et ceux fournis par la percussion et la recherche des vibrations doivent mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin les signes fonctionnels sont peu marqués : peu ou pas de dyspnée, pas d'expectoration.

Mais si l'adénopathie bronchique, accompagnant souvent un petit foyer scléreux de tuberculose au sommet touché, peut donner lieu à cette bronchite du sommet, il faut savoir qu'on peut en trouver de semblables au cours de certaines fièvres typhoïdes, de certaines affections cardiaques, et chez des enfants atteints de végétations adénoïdes.

Nous avons observé avec notre maître le Dr Guinon quelques cas de poussée aiguë et fugace de bronchite des sommets.

Observation III (Service du Dr Guinon).

C .. Louis, âgé de 8 ans, salle Barthez, lit n° 4, le 28 janvier 1911.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires

(1) Hutinel, *loc. cit.*

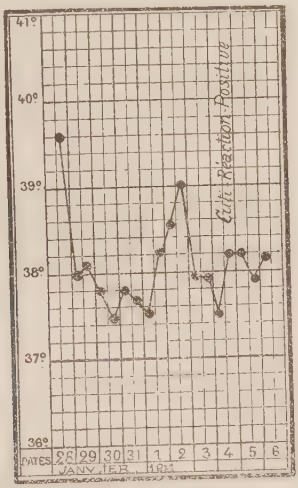
Il n'a eu aucune fièvre éruptive, mais a eu le croup il y a deux ans et a déjà été opéré de végétations adénoïdes.

L'enfant se plaint depuis quatre jours de la tête et du côté droit.

A l'examen, le 28 janvier, nous voyons un enfant chétif, somnolent, au thorax rachitique évasé.

La langue est blanche ; on note le mauvais état des dents qui sont noires et érodées.

La gorge n'est pas rouge et les amygdales ne sont pas grosses.



Dans les aines et les aisselles, on constate la présence de micropolyadénopathie.

A l'entrée, on constate aux deux sommets des râles de bronchite. Les signes sont plus marqués du côté gauche, en avant et en arrière, et de ce côté on trouve à la percussion une légère élévation de tonalité.

Dans la région interscapulaire, on constate l'existence d'un souffle doux, expiratif, à maximum dans l'espace scapulo-vertébral gauche.

En deux jours, les râles de bronchite disparaissent et il persiste seulement au sommet gauche avec l'élévation de tonalité à la percussion, une inspiration rude et une expiration prolongée.

Les signes d'adénopathie restent constants.
L'enfant est repris par ses parents le 6 février.
La cuti-réaction faite le 4 février est nettement positive.

2° Bronchite péri-hilaire. — Parfois cette bronchite se localise autour du hile pulmonaire au voisinage des ganglions médiastinaux. Cette bronchite périhilaire se manifeste par des râles sous-crépitants plus ou moins secs, qui forment couronne autour du hile. Cette localisation est d'une fixité remarquable (Guinon). Les râles peuvent varier d'intensité, et dans certains cas donner lieu à des signes pseudo-cavitaires comme dans la bronchite du sommet ; d'ailleurs les éléments de diagnostic sont les mêmes que dans cette forme.

L'observation suivante est celle d'une bronchite à localisation péri-hilaire.

Observation IV (Service du Dr Guinon).

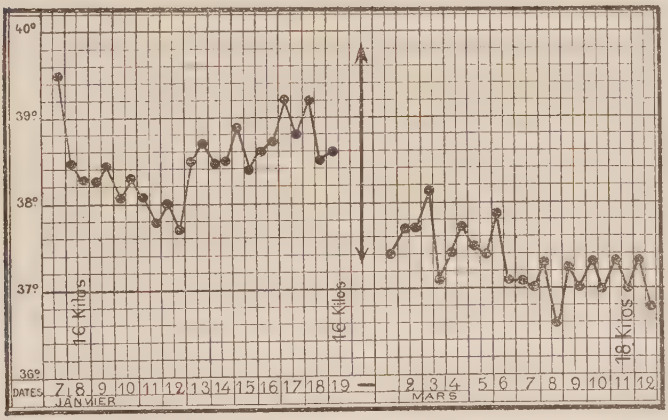
Jeanne G..., 10 ans, entre à Bretonneau le 7 janvier 1911. Le père est mort au cours d'une pleurésie et d'une congestion pulmonaire. On a peu de renseignements sur cette enfant qui était en garde et est rentrée chez ses parents la veille de son admission. L'examen montre une enfant présentant une déformation rachitique du thorax mais non amaigrie. Il existe de petits ganglions au niveau des aines, des aisselles et du cou. L'enfant est légèrement dyspnéique, la langue est un peu sèche et blanche, la température est à 39° 5. La rate est perceptible.

L'examen de l'appareil respiratoire ne montre au début rien d'autre que des signes de bronchite disséminée dans toute la poitrine, sans altération de la sonorité à la percussion, à la partie moyenne du poumon droit cependant on perçoit des bouffées de râles plus fins.

Au bout de deux à trois jours la bronchite diminue et se localise. On perçoit un souffle interscapulaire assez rude, se propageant surtout vers la fosse sous-épineuse droite. Dans cette région on trouve des bouffées de râles humides localisés tout autour du hyle dans l'espace scapulo-vertébral droit et gauche.

La température est entre 38° et 39°, mais l'état général s'améliore.

L'enfant a perdu un kilo en huit jours. Pendant tout le mois



de janvier, et la première quinzaine de février, la bronchite localisée autour du hile persiste. Il existe parfois quelques râles fins aux bases, mais les signes varient d'un jour à l'autre. La température reste autour de 38°. Au mois de mars la température retombe à la normale et les signes de bronchite disparaissent. Il persiste seulement un souffle interscapulaire et une certaine rudesse du murmure vésiculaire à droite en arrière.

L'enfant a repris un kilo depuis son entrée.

3° Bronchites localisées a la base. — Les bronchites de la base ne sont pas forcément caractéristiques de lésion adénopathique. Elles prédominent le plus souvent d'un côté et s'accompagnent de diminution du murmure vési-

culaire. Ces signes de bronchite sont très fugaces en général.

« Je vous montrais un jour, salle Bouchut, dit Hutinel, un enfant chétif qui présentait des ganglions durs au cou, aux aines, aux aisselles ; on notait en même temps à la base du poumon droit des râles de bronchite simple sans congestion pulmonaire ni broncho-pneumonie. Quelques jours après, les râles avaient disparu, mais la respiration restait affaiblie dans tout le côté droit de la poitrine. Il était donc facile de conclure à l'existence d'une adénopathie médiastine qui avait comprimé le hile du poumon droit (1). »

Ces différentes formes de bronchites, soit disséminées, soit localisées, doivent faire penser toujours à la tuberculose. La recherche de l'adénopathie bronchique, constante dans les différentes modalités cliniques de ces bronchites, éclairera le diagnostic en montrant le point de départ des accidents.

3° Congestions pulmonaires.

Les poussées de congestion pulmonaire sont très fréquentes au début de la tuberculose pulmonaire. Tantôt elles affectent l'aspect clinique d'une fluxion *purement congestive* évoluant très rapidement et ne laissant pas de traces. Tantôt il s'agit de véritable *infection pulmonaire*, *congestion microbienne* opposée à la *congestion réflexe*.

La congestion pulmonaire éphémère peut siéger au

(1) Hutinel, Leçon du 7 janvier 1911, *loc. cit.*

hile, au sommet, à la partie inférieure ou externe du poumon.

Le tableau clinique habituel est le suivant (1) :

« Un enfant de 2 à 4 ans entre à l'hôpital avec un rhume. Le soir la température monte à 39°-39°5, le pouls atteint 120 ou 130, la respiration est fréquente ; l'enfant est agité, le facies est vultueux, il est anxieux et tousse fréquemment. Le thorax est submat en un point, et parfois l'on note du skodisme. Au milieu des ronchus disséminés dans la poitrine on perçoit, un souffle doux dans une partie plus ou moins étendue du poumon. On croit à un début de pneumonie. Mais le lendemain la température est à 37°, les phénomènes d'auscultation ont disparu et avec eux les signes fonctionnels. »

MM. Aviragnet et Tixier (*loc. cit.*) rapportent un fait de ce genre :

« Cette forme de congestion pulmonaire éphémère fut observée chez un petit malade porteur d'une adénopathie qui décelait, à l'état normal, une petite zone de matité antérieure au niveau du 2e espace intercostal gauche. Au cours des vacances, cet enfant fit une ascension en montagne, s'élevant de 800 à 1.200 mètres assez rapidement. Le soir, au retour, sans aucun phénomène inflammatoire d'ailleurs, il présentait une respiration légèrement accélérée. L'un de nous l'examina et eut la surprise de découvrir une zone de matité assez agrandie, une augmentation de circulation collatérale, un gonflement des ganglions cervicaux et axillaires.

(1) Hutinel, *Gaz. des Hôp.*, *loc. cit.*

« Le lendemain matin, tous ces phénomènes avaient disparu et seuls les légers signes antérieurs étaient constatables. » — « Dans ce cas, ajoute M. Aviragnet, l'évolution s'est produite de façon tellement rapide, sous l'influence d'une cause pour ainsi dire mécanique, qu'il est vraisemblable de penser à l'existence de phénomènes simplement fluxionnaires (*congestion réflexe*). »

A côté de ces formes de congestion pulmonaire d'ordre réflexe se trouvent d'autres plus durables, plus intenses, qui peuvent faire penser dans certains cas soit à la pneumonie vraie, soit à la pneumonie caseuse.

Dans un certain nombre de cas, rares d'ailleurs, il s'agit d'une véritable pneumonie tuberculeuse. Ces formes existent de façon incontestable, et Thaon, dans sa thèse, en 1885, a prouvé leur existence (1). Dans cet ordre d'idées, le cas cité par Devé (Devé, *Normandie médicale*, mars 1910) (2) est le plus typique et le plus intéressant.

« Devé eut l'occasion d'observer un adolescent qui fut pris d'un point de côté suivi de toux, d'oppression et de fièvre. Trois jours après le début des accidents, la température était de 39°, la toux et la dyspnée étaient intenses ; il y avait en outre une grosse matité à la base du poumon gauche. M. Devé, en raison de l'amaigrissement notable, de l'anémie, de la persistance d'une langue humide et d'urines claires et l'absence d'expectoration rouillée, en raison également des antécédents tuberculeux, n'hésita pas à porter le diagnostic de pneumonie caseuse. L'examen des

(1) Thaon (L.), *Bull. de la Société de biologie de Paris*, 1885, p. 582.

(2) Devé, Un cas de pneumonie tuberculeuse aiguë non caseuse terminée par la guérison. *Normandie médicale*, 1er mars 1910.

crachats gris verdâtres, pratiqué le septième jour de la maladie, révélait une quantité prodigieuse de bacilles de Koch.

« Beaucoup d'entre eux se montraient sur les préparations réunies en amas, en touffes serrées, à l'intérieur même des leucocytes bien conservés (polynucléaires).

« Pendant un mois, la température se maintint au-dessus de la normale, le malade s'amaigrit de 7 kilos. Au niveau du foyer initial de pneumonie on entendait des bouffées de râles crépitants et des frottements. Les signes d'hépatisation et de congestion envahissaient le poumon droit, ils apparurent à la base, puis s'entendirent au sommet et s'y fixèrent.

« Malgré ces symptômes alarmants, la convalescence s'effectua très rapidement ; six mois après le début des accidents, la respiration était parfaite, l'appétit excellent, le malade avait engraissé de 10 kilos.

« Bien qu'on ne puisse parler de guérison définitive, il s'agit d'une guérison relative, inespérée, qui s'est effectuée pendant le séjour du malade à l'hôpital et qui se consoliderait certainement davantage s'il était placé dans d'excellentes conditions d'hygiène et d'aération. »

M. Devé estime que ce malade n'a pas été atteint d'une hépatisation caseuse massive d'un ou plusieurs lobes, mais d'une *alvéolite catarrhale aiguë tuberculeuse* et il pense que cette lésion existe souvent à l'origine des poussées congestives ou spléno-pneumonies chez les tuberculeux.

Le plus souvent les *congestions pulmonaires* chez les tuberculeux sont dues à des infections banales favorisées par les troubles de l'innervation pulmonaire.

Les congestions peuvent siéger, au *sommet* du poumon, au hile ou à la base.

1° *Au sommet* : ces poussées congestives se manifestent par une élévation de la tonalité à la percussion, une augmentation des vibrations et une modification du murmure vésiculaire : tantôt la respiration est soufflante avec un timbre doux et voilé dont le maximum est au hile et qui va s'atténuant jusqu'au sommet ; tantôt le murmure vésiculaire est seulement affaibli comme dans le schéma de congestion que M. Grancher a décrit au cours des pleurésies.

M. Aviragnet rapporte une observation intéressante de congestion pulmonaire du sommet chez un enfant tuberculeux :

« Une enfant de deux ans, fille de mère tuberculeuse, dont une sœur est morte de broncho-pneumonie bacillaire, présente des signes d'adénopathie sous forme d'une matité très nette dans le 2e espace intercostal droit. Elle est prise brusquement d'une grippe intense, et au deuxième jour on trouve une zone de matité absolue au sommet du poumon droit avec silence respiratoire, absence de râles et de souffle. Etant donné les antécédents de la malade, on redoutait une grosse localisation tuberculeuse au sommet du poumon. Dès le lendemain on constate une forte diminution de la matité et une réapparition partielle du murmure vésiculaire. Tout phénomène disparaît rapidement et l'enfant ne conserve qu'un léger degré d'obscurité respiratoire au sommet. Elle prit d'ailleurs rapidement une superbe apparence de santé et ne continua à présenter que les signes antérieurs d'adénopathie bronchique. »

Nous avons observé, auprès du Dr Guinon, un cas analogue :

Observation V (Service du Dr Guinon).

A... Marcelle, 9 ans, entre salle Labric, lit n° 6, le 21 janvier 1911.

Nous n'apprenons rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

L'enfant a eu successivement rougeole, scarlatine, et enfin il y a quelques mois la coqueluche qui s'est accompagnée de bronchite.

L'enfant est malade depuis deux jours et se plaint de fatigue, et de mal de tête.

On trouve à l'examen du poumon, en avant, une respiration soufflante aux deux sommets et une légère sonorité skodique sous la clavicule droite.

En arrière on trouve un souffle inter-scapulaire très intense, et au sommet droit de la submatité un souffle tubaire, et des râles sous-crépitants.

Le 30 janvier, dix jours après son entrée, l'on ne constate plus que les signes d'adénopathie bronchique et encore une respiration rude au sommet droit en arrière. L enfant part en bon état en convalescence à Brévannes.

Voici une autre observation qui nous a été communiquée par le Dr Guinon, et qui montre l'évolution successive de plusieurs foyers de congestion.

Observation VI (Communiquée par le Dr Guinon).

Pierre G... a eu de l'entérite dans sa première enfance et a gardé un ventre gros. Il est maigre, pâle, présente de petits ganglions durs et mobiles dans les aines et les aisselles.

A l'âge de 7 ans, premier accident : fièvre élevée à 40° avec peu de signes pulmonaires : un peu de congestion du sommet droit en arrière et gauche en avant caractérisés par une élévation de tonalité à la percussion et une respiration rude à ce niveau. En quelques jours ces symptômes disparaissent.

Trois mois après, nouvelle poussée sous forme de pneumonie de la base droite avec hyperthermie durant une dizaine de jours. L'enfant part à Arcachon, ne toussant plus, mais amaigri et conservant des signes d'infiltration pulmonaire.

Le diagnostic de tuberculose porté au cours de ces deux poussées est justifié au cours de la première poussée par le caractère de la fièvre et la constatation de l'amaigrissement. Dans la seconde poussée à type pneumonique (souffle sans râle), la durée exceptionnelle de la maladie, la défervescence irrégulière et lente, l'amaigrissement persistant malgré l'alimentation justifient le diagnostic de tuberculose. D'ailleurs une sœur a présenté des signes atténués de tuberculose, et les deux enfants ont guéri complètement après des séjours prolongés à Arcachon.

Localisée aux *bases*, la congestion pulmonaire ressemble beaucoup aux fluxions banales ; mais même lorsqu'elles sont passagères, il faut attacher une grande importance à leur apparition.

Observation VII (Communiquée par le Dr Guinon).

C'est une petite anglaise de 6 ans qui présente à son arrivée en France un grand amaigrissement et une grande pâleur.

Le père est porteur d'une adénopathie tuberculeuse de l'aiselle opérée chirurgicalement.

A 9 ans, à la suite d'une fatigue, survient une fièvre peu élevée mais quotidienne, et l'enfant expectore des crachats purulents sans bacilles.

A l'auscultation, on trouve seulement quelques râles aux bases, sans modification appréciable de la respiration des sommets.

MM. Hutinel et Guinon constatent une faiblesse respiratoire bien nette dans l'espace interscapulo-vertébral gauche. A ce moment, on trouve des bacilles de Koch dans un crachat. La toux diminue, l'enfant va en Suisse, mais prend froid, et alors

apparaît une congestion pulmonaire avec bronchite du côté gauche.

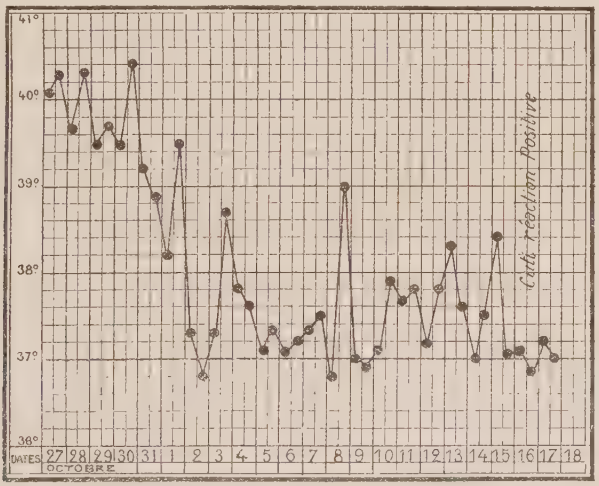
Après plusieurs semaines de repos, l'état s'améliore, la faiblesse respiratoire persiste quelques semaines, puis la respiration des sommets devient assez bonne.

A 11 ans, l'enfant a la coqueluche, mais la guérison se maintient.

Les congestions de la *partie moyenne* du poumon se manifestent souvent au niveau du hile. Elles peuvent s'étendre du côté de l'aisselle et faire penser à des pleurésies interlobaires.

Observation VIII (Service du Dr Guinon).

V... Victor, 14 ans, entré le 26 octobre, pour fatigue générale datant de huit jours. Depuis la veille, il souffre du côté droit.



A l'entrée, on constate à la partie moyenne du poumon droit un souffle tubaire avec bronchophonie et matité à la percussion.

La température est irrégulière autour de 40°.

En quelques jours, la température cède, mais elle remonte par pointes irrégulières quelques jours après la défervescence. Les signes de pneumonie ont disparu, mais à la place on entend des frottements pleuraux abondants.

En quelques jours les signes se modifient : la respiration devient très faible à la base droite, et de nouveau à la partie moyenne du poumon droit on entend un souffle qui a cette fois un timbre cavitaire.

La radioscopie montre une obscurité du lobe inférieur du poumon droit, et en outre deux noyaux opaques : l'un dans la région médiane semble correspondre à des ganglions médiastinaux hypertrophiés, l'autre, plus bas et plus en dehors, semble correspondre au foyer de congestion pulmonaire.

Au bout de quelques jours apparaissent quelques râles sous-crépitants à la base droite. L'état général est bon et l'enfant part à Brévannes.

La cuti-réaction avait donné un résultat positif.

Parfois ces congestions ont une durée plus longue et revêtent le caractère de la *spléno-pneumonie*. On constate de la matité dans toute la hauteur d'un poumon ; les vibrations sont nulles ou très affaiblies. La respiration est abolie, et cependant on perçoit quelques râles fins à la toux. La fonction exploratrice ne donne aucun résultat.

Pour M. Hutinel il existe une connexion très réelle et très nette entre la tuberculose glanglionnaire et la spléno-pneumonie, et il pense que bon nombre de spléno-pneumonies sont conditionnées en partie par la tuberculose des ganglions du médiastin. Il en cite un exemple (1).

« Un enfant de 8 ans, pâle, maigre, qui présentait une matité très étendue de tout le côté gauche du thorax en

(1) Hutinel, *Gaz. hôp., loc. cit.*

arrière. La respiration était à peu près éteinte dans toute la hauteur du poumon, tandis qu'elle était puérile à droite. Les vibrations thoraciques n'étaient pas complètement abolies, l'espace semi-lunaire n'était pas effacé, le cœur était peu dévié, et dans les quintes de toux on percevait quelques râles dans la zone obscure. On fit plusieurs ponctions exploratrices toujours sans résultat. Il s'agissait donc d'une spléno-pneumonie. Les signes locaux s'atténuèrent, mais ceux d'une tuberculose ganglio pulmonaire se dessinèrent graduellement. »

Dans d'autres cas le type clinique de ces congestions est celui de la *broncho-pneumonie* : début violent, fièvre à 39°, abattement, puis apparaissent quelques foyers de broncho-pneumonie où l'on constate submatité et souffle doux.

Ces foyers évoluent en 10 à 12 jours, mais l'état général reste altéré : amaigrissement, pâleur, inappétence, tachycardie.

Tel est le cas suivant observé par le Docteur Guinon et qu'il a bien voulu nous communiquer.

Observation IX (Communiquée par le Dr Guinon).

Voici un exemple de deux poussées à forme de congestion et de broncho-pneumonie successives chez un jeune garçon de 7 ans. Maigre, pâle, dyspeptique, et porteur de ganglions durs par tout le corps, ayant en un mot l'habitus tuberculeux sans localisation appréciable Au mois de décembre, survient une fièvre violente à 40° avec amaigrissement, peu de toux On trouve au sommet droit, en arrière, et au sommet gauche, en avant, une légère élévation de tonalité à la percussion avec respiration rude, puis un peu soufflante ; tout cela disparaît en quelques jours. En mars suivant, poussée plus grave à la base droite ; matité, souffle

net, sans égophonie, sans râles ; température élevée pendant une dizaine de jours. Au bout de 3 semaines il part pour Arcachon très amaigri, conservant dans tous les points atteints des altérations du murmure et de la sonorité.

La nature tuberculeuse de ces accidents — si elle avait besoin de preuves — fut démontrée ultérieurement par des localisations nouvelles qui guérirent à leur tour en deux ans.

Toutes ces manifestations pulmonaires aiguës, bronchites congestives ou broncho-pneumonies, peuvent sans doute être occasionnées par autre chose que l'adénopathie médiastine. Certains sujets arthritiques ou nerveux font des réactions très vives pour des infections très minimes, et à la vérité ce seront surtout les sujets à tempérament congestif qui réagiront à l'irritation de leurs nerfs médiastinaux par les ganglions tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, étant donné les rapports étroits qui unissent entre elles ces lésions, il faut, en présence d'une bronchite aiguë ou congestion pulmonaire apparaissant sans cause nette, évoluant sans allure franche, toujours songer à l'adénopathie médiastine et en rechercher avec soin les signes d'existence.

Etant donné l'importance de cet examen, nous allons passer en revue les signes de l'adénopathie et mettre en relief ceux qui ont le plus d'importance dans les cas qui nous intéressent.

A. — Etude clinique de l'adénopathie médiastine.

1° Grosse adénopathie. — Elle est exceptionnelle et ne se rencontre pas en tous cas dans les formes de tubercu-

lose qui nous occupent. Elle donne lieu aux signes fonctionnels d'une tumeur du médiastin comprimant trachée, bronches, paquets vasculo-nerveux, et donnant lieu au syndrome caractérisé par l'apparition de toux coqueluchoïde, tirage et cornage, spasme glottique.

Ce n'est pas cette forme qui nous intéresse.

2° **Petite adénopathie**. — Au contraire de l'autre celle-ci donne lieu à très peu de *signes fonctionnels*. Quelquefois l'on observe une *toux quinteuse*, toux nocturne souvent, sèche, agaçante, qui peut donner l'éveil. Parfois c'est une petite crise de *tachycardie* apparaissant sans cause.

Les *signes physiques* donnent des renseignements plus précis.

A l'inspection on constate souvent que les veines du thorax de l'enfant sont remarquablement apparentes, et que si elles ne sont pas dilatées elles n'en forment pas moins un réseau bleuâtre plus marqué d'un côté le plus souvent.

La *palpation* ne donne aucun renseignement, et c'est un signe presque impossible à rechercher chez un enfant.

— *Par la percussion* du thorax on peut constater *en avant*, au niveau de *l'union de la 1re pièce et de la 2e pièce du sternum* une légère *élévation de tonalité* avec *résistance du doigt*.

En arrière on peut de même, dans certains cas, trouver une élévation de tonalité sous l'espace scapulo-vertébral ou même à la percussion directe des apophyses épineuses.

L'auscultation donne les meilleurs renseignements physiques. En avant, en auscultant à droite et à gauche du manubrium et en comparant le timbre et l'intensité du murmure vésiculaire, on constate assez souvent une *respi-*

ration dissemblable, rude d'un côté, faible de l'autre. C'est la rudesse du timbre respiratoire qui doit attirer surtout l'attention.

En arrière la région d'auscultation s'étend de la 7e cervicale à la 5e dorsale et latéralement jusqu'au bord interne des omoplates.

Dans le cas d'adénopathie bronchique on entend à ce niveau un *souffle expiratoire*, tantôt à timbre rude, tantôt caverneux ; le souffle interscapulaire est caractérisé par sa sécheresse (Baréty). Parfois, comme en avant, ce qui frappe surtout c'est la *dissemblance respiratoire* des deux côtés. Souvent le souffle se *propage* à un sommet ou à tout un lobe pulmonaire.

Fréquemment enfin on trouve une *modification du murmure vésiculaire* dans tout un côté du thorax sans modification de la sonorité.

Aux renseignements fournis par la percussion du thorax et l'auscultation du murmure vésiculaire doivent se joindre ceux fournis par la recherche du phénomène décrit par Eustace Smith et du signe de d'Espine.

Le *signe d'Eustace Smith* se recherche en auscultant l'enfant au niveau du manubrium sternal ou un peu à droite.

L'enfant étant assis, la tête droite, il ne se produit rien d'anormal ; dans le cas d'adénopathie médiastine, si l'on met la tête de l'enfant en extension forcée, en lui faisant regarder le plafond par exemple, alors apparaît un souffle veineux à renforcement systolique comparable au bruit de diable que l'on observe chez les chlorotiques. Lorsque

la tête de l'enfant reprend la position normale, le souffle disparaît.

Ce symptôme semble dû à la compression des gros troncs veineux de la base du cœur. Il n'est pas pathognomonique, mais s'observe souvent dans les adénopathies médiastines. C'est ainsi qu'il existe fréquemment au cours de la coqueluche.

« Le *signe de d'Espine* consiste dans le retentissement exagéré et le timbre bronchophonique de la voix auscultée sur la colonne vertébrale. C'est surtout la voix chuchotée qui permet de s'en rendre bien compte, en donnant lieu au phénomène auditif désigné par le professeur d'Espine sous le nom de chuchotement » (M. Roch, in *Semaine médicale*, février 1911) (1).

Voici comment d'Espine décrit ce signe :

« Nous faisons, comme le recommandait le professeur Lasègue, prononcer aussi distinctement que possible le chiffre *trois cent trente trois*. Chez le petit enfant nous nous bornons à l'auscultation du cri.

« Nous auscultons d'abord le cou en arrière sur les vertèbres cervicales avec un stéthoscope à petite embouchure en fermant l'oreille inoccupée : Nous percevons alors nettement, comme Laënnec l'avait déjà indiqué, le bourdonnement caractéristique provenant de la trachée, qui parfois pénètre dans le stéthoscope. Chez l'enfant normal ce timbre cesse brusquement au niveau de l'apophyse épineuse de la 7e vertèbre cervicale, où commence le poumon.

« Dans l'adénopathie bronchique, au contraire, on en-

(1) Roch, Le signe de d'Espine dans le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte. *Sem. méd.*, 22 février 1911.

tend le timbre bronchique dans un espace qui varie entre *la 7e cervicale et la 4e ou 5e dorsale.*

« ... Le stéthoscope n'est utile que pour limiter le siège de la bronchophonie qui occupe, tantôt les quatre premières dorsales, tantôt seulement l'une d'entre elles ou la septième cervicale.

« ... Quand l'auscultation de la voix haute ou du cri ne donne pas de résultat nous faisons pratiquer à l'enfant, quand il est d'âge à le comprendre, l'articulation des mots à voix basse ; on entend alors, en cas d'adénopathie, un phénomène acoustique, analogue à celui que Baccelli a appelé la pectoriloquie aphone et que nous avons désigné sous le nom de *chuchotement*. Ce signe a la même valeur séméiologique que la bronchophonie proprement dite. »

Ce signe du chuchotement a une grosse valeur diagnostique, pas plus que les autres signes cependant il ne doit être considéré comme pathognomonique, car une *induration du sommet* ou une *pleurésie* avec épanchement peuvent induire en erreur.

Tous ces symptômes permettent de faire soupçonner une adénopathie bronchique dont l'examen radioscopique ou radiographique doit confirmer l'existence.

Examen radioscopique. — Il faut pratiquer d'abord un examen antérieur et postérieur. On constate alors qu'à droite et à gauche de l'ombre médian formée par la masse cardiaque, il existe de petites ombres grises qui font taches sur le champ clair de la zone pulmonaire.

Il faut toujours compléter cet examen antérieur et postérieur par un examen en *position oblique*. Normalement, en cette position, entre l'ombre de la colonne vertébrale et

celle du paquet cardio-vasculaire se trouve un espace clair qui s'élargit encore lorsque le sujet se penche en avant. S'il existe des ganglions médiastinaux, cet espace est obscurci.

Il faut avouer d'ailleurs que certaines adénopathies échappent à l'investigation du médecin, même à l'examen à l'écran, il est rare toutefois qu'aucun des signes que nous avons signalés comme importants ne soit perceptible lorsqu'on les recherche avec soin et à plusieurs reprises.

Voici parmi ces signes ceux que l'on retrouve le plus constamment et dont la constatation doit être considérée comme ayant le plus d'importance :

1° Le *souffle interscapulaire* ;

2° La *dissemblance respiratoire* au niveau des espaces interscapulaires, et la modification du murmure vésiculaire à la racine des bronches ;

3° La bronchophonie ou éclat du cri et le chuchotement (signe *de d'Espine*) ;

4° Le souffle veineux au niveau du sternum lorsque la tête est en extension (signe *de Smith*).

B. — Forme pulmonaire associée à d'autres localisations viscérales.

La tuberculose pulmonaire aiguë peut ne pas se manifester seulement par des signes pulmonaires, l'infection tuberculeuse atténuée peut se révéler à la fois sur plusieurs organes et guérir cependant.

Ces formes ont un gros intérêt puisqu'elles servent de transition entre cette tuberculose curable nettement pul-

monaire et la tuberculose curable dans laquelle la lésion pulmonaire sera occulte, laissant au premier plan la réaction vive de l'organisme contre une infection générale.

MM. Nobécourt et Darré ont publié une remarquable observation d'un cas de tuberculose aiguë à localisations multiples et suivie de guérison (1).

Voici cette observation résumée :

« Une jeune fille de 14 ans entrait, le 18 mars 1910, dans le service du professeur Hutinel, suppléé par le Dr Nobécourt. Elle se plaignait de violentes douleurs au niveau des grosses et petites jointures. Il y avait en même temps de l'angoisse précordiale. On trouvait à l'auscultation du cœur un souffle systolique à la pointe et un assourdissement du deuxième bruit aortique. Ces localisations articulaires et cardiaques firent penser tout d'abord au rhumatisme articulaire aigu, d'autant plus que l'on notait des antécédents personnels rhumatismaux (quatre crises antérieures, dont une compliquée de lésion cardiaque).

« Cependant, le salicylate de soude, donné aux doses de 4 à 5 grammes, demeura sans effets. L'amaigrissement s'accusa d'une façon rapide ; une dyspnée intense s'accompagna de toux, et on trouva bientôt tous les signes cliniques d'une *adénopathie médiastine*, d'une congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche et d'une péricardite sèche. La constatation de ces symptômes, ainsi que les antécédents héréditaires et collatéraux tuberculeux de la petite malade (mère, frère, sœur morts de tuberculose pulmonaire et méningite) firent émettre l'hypothèse d'une septi-

(1) Nobécourt et Darré, *Revue de la tuberculose*, 1910.

cémie bacillaire à déterminations multiples. Quelques centimètres cubes de sang veineux, recueillis aseptiquement, furent alors inoculés dans le péritoine de deux cobayes. La tuberculisation des animaux dans les délais habituels, permit de changer en certitude l'hypothèse de *septicémie tuberculeuse*.

« La convalescence s'effectua d'une façon lente, mais progressive. Deux mois et demi après le début des accidents, l'état général était aussi satisfaisant que possible : le poids est en augmentation de 5 kilos et la guérison pourrait être considérée comme complète si l'on ne trouvait encore une *adénopathie médiastine*. »

Constatons dans cette intéressante observation toute l'importance de l'adénopathie médiastine dépistée comme *signe précoce* de grosse valeur et persistant comme preuve clinique de la nature tuberculeuse de la maladie.

C. — **Tuberculose infectieuse à forme atténuée ou typhobacillose** (Landouzy).

Ce sont les formes avec localisation pulmonaire peu marquée, mais avec réaction générale vive.

Ces formes constituent un des chapitres les plus intéressants des tuberculoses pulmonaires curables de l'enfant. Bien étudiées cliniquement, elles soulèvent encore des discussions d'ordre pathogénique. La valeur clinique de l'adénopathie bronchique pour le diagnostic souvent si difficile de ces formes a été mis en relief par M. Hutinel (1). Nous

(1) Hutinel, Typho-bacillose et adénopathie médiastine, *Revue de la tuberculose*, février 1910.

verrons quelle lumière la notion de cette adénopathie constante jette sur la pathogénie de la typho-bacillose.

Cliniquement le tableau de la tuberculose infectieuse à forme atténuée est le suivant dans une forme moyenne.

Le signe dominant est la *fièvre* assez forte, 39°-40° *continu* mais avec une *courbe capricieuse*, des *irrégularités*, des *oscillations*, des *intermittences*.— Le pouls est rapide, de tension faible, les *signes généraux* sont disproportionnés avec les *signes fonctionnels* et les *signes physiques*. Le *système nerveux* est moins touché que chez les typhiques : le malade est abattu, mais son intelligence est conservée.

Peu de troubles digestifs, langue blanche, mais appétit conservé, détail fréquent chez les tuberculeux (Lasègue), la rate est grosse, le foie est augmenté de volume aussi. Peu de signes respiratoires, à part ceux d'une adénopathie médiastine.

L'albuminurie est fréquente ; constante pour M. Jousset.

L'évolution est traînante, irrégulière, et aboutit à une longue convalescence. Le sujet a maigri durant le cours même de la maladie et reprend lentement ses forces.

Voici quelques observations cliniques de typho-bacillose. Un exemple typique emprunté à M. Hutinel nous montrera la typho-bacillose se caractérisant par une réaction générale très vive alors que les signes locaux se réduisent à la manifestation d'une adénopathie bronchique.

« Le 4 août nous recevions, salle Bouchut, n° 1, un garçon de 9 ans, T. Alfred, né de parents bien portants, qui n'avait eu que la rougeole à 5 ans et la varicelle à 7 ans, sans complication.

« Depuis huit jours il y avait de la fièvre, de la céphalal-

gie et une légère douleur dans la fosse iliaque droite ; depuis deux jours il vomissait, était constipé et souffrait davantage de la tête. Il semblait fatigué sans être prostré. La langue était rouge à la pointe et sur les bords, la rate un peu grosse, le foie normal. Pas de ballonnement du ventre, léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Séro-réaction douteuse à 1/10. Pouls 104.

« Le 7 août les symptômes ne se sont pas accentués, bien que la température restât élevée, mais la respiration était soufflante à la racine des bronches.

« Le 13 août, le séro-diagnostic restait négatif ; par contre la *respiration était soufflante* au niveau du hile en droit arrière, et ce souffle se propageait jusqu'à la partie interne de la fosse sus-épineuse.

« Il ne s'agissait donc pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une typho-bacillose avec adénopathie médiastine. La température baissa tout à coup le 17, mais elle remonta bientôt comme s'il se produisait une rechute, pour osciller jusqu'au 9 septembre.

« Le 18 septembre l'enfant quitta l'hôpital, étant apyrétique depuis une dizaine de jours. Il semblait guéri, mais la respiration restait inégale à la racine des bronches. »

Il existe toutes les variétés cliniques entre les formes où comme dans cette observation les signes de localisation sont réduits au minima et celles où un foyer de localisation se dessine nettement pendant la maladie.

C'est un cas de ce dernier genre que nous rapportons ici :

Observation X (Communiquée par le Dr Guinon).

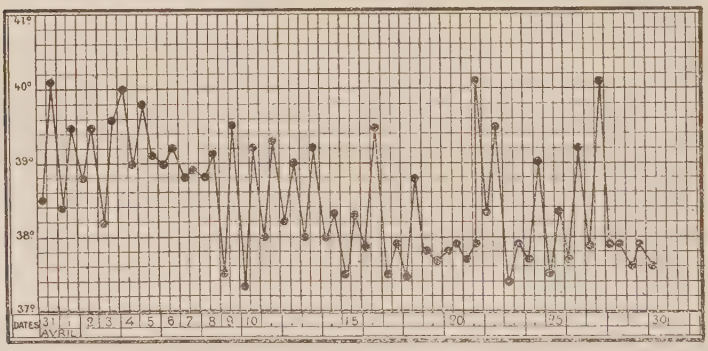
Hélène J..., 8 ans, enfant pâle et anémique.

A la fin du mois de mars l'enfant a de la fièvre, 38°-39°, avec langue blanche, mais sans autres signes de fièvre typhoïde. On fait d'ailleurs une séro-réaction qui est négative.

L'enfant tousse à peine, et cependant on constate un *souffle interscapulaire* prédominant à droite et une tonalité de percussion plus élevée au sommet gauche.

La fièvre est continue, l'enfant refuse les aliments, elle est pâle, et agitée pendant son sommeil.

Quelques jours après les signes d'auscultation se modifient :



au sommet gauche, en avant et en arrière, tonalité élevée à la percussion et respiration affaiblie. A la base gauche, respiration affaiblie et quelques râles humides. Donc signes de congestion du sommet et de la base gauche avec adénopathie bronchique.

Vers le 15 avril, la température baisse, mais l'enfant maigrit surtout des épaules.

Les signes physiques restent à peu près les mêmes, les signes de congestion sont très nets.

L'enfant part à la campagne et continue à avoir de la fièvre et à maigrir malgré l'alimentation.

Au début du mois de mai la température cède progressive-

ment, l'enfant reprend de l'appétit et du poids. Les signes d'altération du sommet gauche sont beaucoup moins nets. Le souffle interscapulaire est moins fort.

En octobre il ne reste plus rien d'appréciable.

Formes. — Il existe plusieurs formes suivant la gravité de la maladie :

La *forme atténuée*, avec température 38°-38°5, sans autres signes morbide.

La *forme grave* se présente, au contraire, comme une infection générale grave : température autour de 40°, délire, langue sèche. Pouls accéléré.

Diagnostic. — « Le diagnostic de la typho-bacillose est laborieux, souvent il se fait après coup » (Claisse). Il se pose en général surtout avec la fièvre typhoïde. Il s'en distingue par quelques éléments cliniques importants : l'absence habituelle d'état de stupeur si caractéristique dans la septicémie Eberthienne. Les signes digestifs sont en général moins marqués, l'appétit est souvent conservé. Les taches rosées manquent souvent, enfin la courbe de température est plus irrégulière que dans la fièvre typhoïde, quoique cette affection puisse donner lieu quelquefois chez les enfants à des courbes atypiques (Babonneix in Aviragnet et Tixier, *loc. cit.*).

Enfin, l'hémoculture et la séro-réaction montrent l'absence de bacille d'Eberth. Au contraire, la cuti-réaction à la tuberculine peut donner un renseignement utile.

Pronostic. — La maladie guérit bien en général de façon immédiate du moins, mais « si l'on doit se défendre pour le présent contre le pessimisme, pour l'avenir, l'optimisme est dangereux » (Claisse).

En effet, chez beaucoup de sujets atteints de typho-bacillose, la température ne retombe pas complètement après la guérison, mais fait encore le soir des poussées à 37°5-37°7, la guérison est plus *apparente* que *réelle*, et les observations de Weill et Mouriquand mettent en évidence ce fait en nous montrant la fréquence des localisations viscérales tardives dans la typho-bacillose (1).

1° Ils nous montrent un premier cas de typho-bacillose chez un enfant de 14 ans, suivi à 25 jours d'intervalle par une localisation pleurale. L'examen radioscopique du thorax avait montré un sommet gauche granuleux, un sommet droit suspect ;

2° Un second cas de typho-bacillose suivi 2 mois après d'une pleurésie gauche chez une fillette de 14 ans.

Nous rapportons ici un cas analogue observé par le Dr Guinon.

Observation XI (Communiquée par le Dr Guinon).

Jacques R..., 12 ans, a eu à 12 ans des adénopathies de l'aine et du cou, avec respiration rude et faible au sommet droit, est pris de fièvre violente avec angine.

Celle-ci guérit en trois jours. Mais la langue reste blanche.

L'enfant est pâle, a les traits altérés et maigrit.

Pas de ballonnement, pas de gonflement de la rate et du foie, pas de taches rosées. Une ou deux selles fétides par jour non ocreuses. Intelligence éveillée, appétit et sommeil conservé. Pouls à 120.

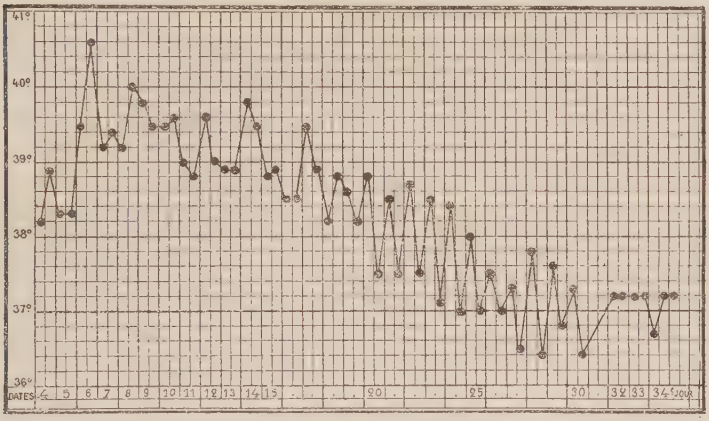
C'est à peine si l'on note une toux brève et sèche.

Au 9e jour, douleur dans le côté droit de la poitrine.

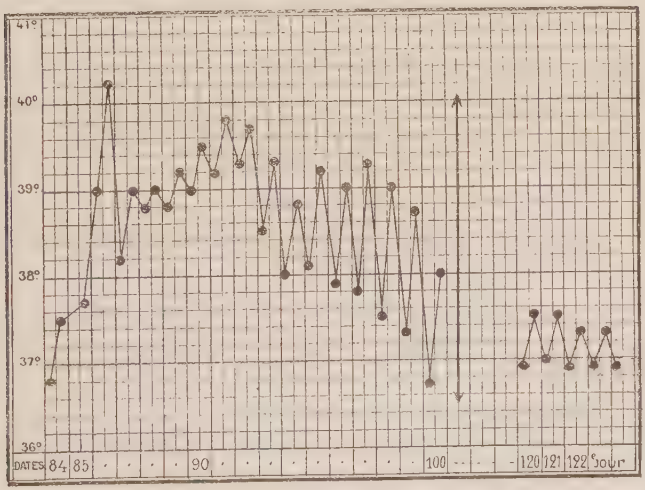
Au 17e jour, douleurs fugaces, mais répétées dans les deux

(1) Weill et Mouriquand, *Presse médicale*, 1909.

côtés et dans un genou. Au sommet droit, la percussion donne une sonorité plus haute ; la respiration est diminuée.



Au 23e jour, submatité à la base droite, puis respiration rude et granuleuse aux deux sommets. A la base droite, sur une hau-



teur minime, élévation de tonalité à la percussion, vibrations légèrement diminuées. La température tombe à peu près à la nor-

male, mais sans stabilité. Les signes d'auscultation s'atténuent. L'enfant nourri dès le 10e jour n'a pas beaucoup maigri.

Parti à la campagne où il fait une cure de repos, l'enfant augmente de poids, mais la température est encore instable. Il se nourrit bien, mais, à la suite d'une fatigue, il est pris de fièvre violente avec point de côté. On assiste alors à l'évolution d'une pleurésie gauche avec congestion du sommet droit qui guérit très lentement,

3° Enfin, un troisième cas publié par MM. Weill et Mouriquand montre la localisation de la tuberculose au sommet droit avec ramollissement chez un enfant de 4 ans 1/2, survenue un mois après une poussée de typho-bacillose.

Nous rapportons une observation de localisation tardive de typho-bacillose que nous devons à l'obligeance du Dr Pierre Lereboullet. Il s'agit d'une typho-bacillose avec adénopathie bronchique, suivie de pleurésie et de tuberculose pulmonaire, et terminée cependant par la guérison.

Observation XII (Dr P. Lereboullet).

Mlle A. X..., 9 ans, sans autre passé pathologique que des angines à répétition et des troubles gastro-intestinaux, sans antécédents héréditaires, est prise en octobre 1909 de fièvre assez élevée avec angine. Des symptômes abdominaux surviennent bientôt ; ils sont caractérisés par un léger degré de météorisme abdominal, augmentation du volume de la rate, gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais pas de diarrhée. La langue prend les caractères de la langue typhique, d'autre part la persistance et l'augmentation progressive de la fièvre vespérale semblent confirmer le diagnostic de fièvre typhoïde légère.

Les jours suivants les symptômes typhiques s'accusent, mais sans prendre une grande intensité.

La maladie évolue pendant trois semaines avec l'allure

d'une fièvre typhoïde bénigne, mais la défervescence est lente et incomplète, de petites rechutes successives surviennent. le séro-diagnostic au surplus est négatif L'attention est attirée par la possibilité d'une typho-bacillose, d'une part à cause de cette séro-réaction négative, d'autre part à cause des caractères traînants de la maladie et de l'existence de très légers signes d'*adénopathie bronchique*.

Pendant les mois de novembre et décembre, l'enfant, quoique convalescente, est amaigrie, sans aucun signe de tuberculose au sommet, sans signes abdominaux persistants, mais avec adénopathie bronchique légère, anémie, fièvre facile quoique modérée, atteignant à peine 38°2 ; si la rate semble peu hypertrophiée, le foie semble plus gros que la normale, signe qui cadre avec l'hypothèse d'une typho-bacillose curable.

L'enfant part à la campagne en décembre, et peu après survient une pleurésie droite dont la nature tuberculeuse s'affirme. Ultérieurement celle-ci disparaît, mais il reste des signes d'induration bacillaire des sommets avec *adénopathie bronchique* qui ne disparaît que très lentement. Actuellement toutefois la guérison semble complète.

Donc il s'agit d'une typho-bacillose avec adénopathie bronchique légère, compliquée secondairement de localisation pleurale, pulmonaire, et peut-être hépatique.

Pathogénie. — Le pronostic éloigné de la typho-bacillose doit donc être très réservé, puisque tôt ou tard une poussée tuberculeuse peut lui faire suite. Ces localisations tardives peuvent s'expliquer de deux manières :

1° On peut admettre, avec le professeur Landouzy et Gougerot, que la typho-bacillose est une bacillémie, une *septicémie* à bacille de Koch, et que les localisations tardives ne sont que des manifestations avortées de cette granulie.

2° On peut penser, avec le professeur Hutinel, MM. Aviragnet, Jules Renault, Guinon, que la typho-bacillose n'est que la réaction générale très vive, exagérée, de l'organisme à l'occasion d'une *infection tuberculeuse* locale. De même qu'une pleurésie tuberculeuse peut occasionner une fièvre élevée et des signes d'infection générale grave, sans faire penser à une septicémie bacillaire ; de même, une autre lésion viscérale, quelquefois occulte, mais souvent décelable par l'examen des ganglions trachéo-bronchiques, peut déterminer l'apparition du syndrome de la typho-bacillose.

La lésion originelle peut d'ailleurs évoluer pour son propre compte après la guérison apparente de la maladie aiguë, et c'est pourquoi les localisations viscérales qui lui succèdent sont si fréquentes.

Nous rapportons ici, d'ailleurs, les conclusions de MM. Aviragnet et Tixier au *Congrès de Pédiatrie*, 1910 (*loc. cit.*).

«... Il nous semble que les faits ne doivent pas être toujours expliqués de la même façon. Dans certains cas il se fait à coup sûr une dissémination des bacilles de Koch dans différents organes : ce sont des *granulies avortées*.

« La preuve de cette dissémination est dans les localisations multiples de la tuberculose au déclin de la typho-bacillose ou quelques mois après.

« Mais dans certains cas, la typho bacillose la plus typique — de forme grave, de moyenne intensité, ou atténuée, — est à notre avis l'expression d'une tuberculose qui *peut rester locale*, et le plus souvent d'une adénopathie médiastine, perceptible habituellement au déclin de la maladie. Il n'est pas utile d'invoquer une généralisation bacillaire

pour expliquer cliniquement certains aspects de la tuberculose qui répondent cliniquement à la typho-bacillose de Landouzy, quand on veut bien se rappeler que la pleuro-tuberculose aiguë curable — dont la symptomatologie est calquée sur celle de la typho-bacillose, — est le type des manifestations locales de la tuberculose...

« Jamais dans la pleurésie tuberculeuse terminée par la guérison il ne viendrait à l'esprit d'invoquer une dissémination bacillaire. On n'y pense que dans certains cas mauvais : terminaison par la mort (granulie) ou apparition de localisations multiples de la tuberculose.

« Les choses doivent se passer ainsi dans la typho-bacillose. Manifestation d'une *tuberculose locale* le plus souvent, elle peut être, dans certains cas, l'expression symptomatique d'une tuberculose généralisée arrêtée dans son évolution d'une façon à peu près complète ou qui repart après un temps plus ou moins long.

« Cette manière de comprendre la pathogénie de la typho-bacillose nous semble, à l'heure actuelle, la plus rationnelle. »

Donc, dans la typho-bacillose, la recherche de l'adénopathie médiastine a une importance capitale, puisque cette adénopathie, soit *foyer principal*, soit *signature du foyer latent*, donne l'éveil et permet de penser que la maladie ne sera pas guérie, une fois terminée la poussée aiguë.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES MANIFESTATIONS D'IMPRÉGNATION TUBERCULEUSE SUSCEPTIBLES DE PRÉCÉDER LES ACCIDENTS AIGUS.

Nous avons vu que, au cours de la typho-bacillose comme au cours de localisations pulmonaires simples et multiples de la tuberculose curable, l'adénopathie médiastine existait de façon constante.

C'est qu'en effet ces formes curables de la tuberculose pulmonaire de l'enfant ne constituent jamais une *invasion de la tuberculose*, elles frappent des sujets ayant déjà subi une atteinte tuberculeuse antérieure ; des enfants porteurs d'une lésion viscérale souvent *occulte* ayant provoqué une réaction ganglionnaire décelable par un examen attentif. C'est donc l'adénopathie médiastine qui sert de contrôle pour juger cette infection viscérale, puisque, où que soit la porte d'entrée du bacille, pulmonaire ou autre, ce sont les ganglions médiastinaux qui, chez l'enfant, sont l'organe d'arrêt. « Quand il y a des tubercules quelque part, il y en a dans les ganglions bronchiques. » Ces ganglions sont donc, pour le clinicien, la « signature du mal ».

Puisque cette adénopathie médiastine tuberculeuse préexiste aux tuberculoses aiguës, on doit donc retrouver, dans l'histoire des enfants atteints, des *manifestations initiales* de la tuberculose.

On a constaté, en effet, qu'en général ces poussées ai-

guës de tuberculose sont plus fréquentes à la fin de l'hiver, se voient après une épidémie de grippe chez un enfant ayant passé un été fatigant. Lorsqu'on interroge les parents sur l'état de l'enfant avant sa maladie, on apprend souvent qu'il était un peu fatigué depuis quelque temps, qu'il avait maigri, et que l'appétit avait diminué. Quelquefois enfin, une légère élévation thermique le soir avait éveillé l'attention.

Il faudra toujours penser à rechercher dans les aines, les aisselles, et au niveau du cou, les petits ganglions durs, mobiles décelant l'infection du système lymphatique.

Malgré l'existence constante de ces petits signes prémonitoires, il ne faudrait pas croire que les candidats à la tuberculose aiguë soient des enfants très déprimés ou amaigris. Au contraire, la plupart du temps les parents les trouvent « en pleine santé », et il faut pousser l'interrogatoire dans les détails pour trouver ces manifestations initiales de la tuberculose.

L'épreuve de la *tuberculine*, faite de façon inoffensive sous forme de *cuti-réaction* ou d'*intra-dermo-réaction*, peut permettre de penser que le sujet est tuberculeux sans autoriser à conclure que l'accident observé soit de nature tuberculeuse.

L'absence de réaction à la tuberculine doit être considérée comme une présomption pour éliminer la tuberculose. L'intensité de la réaction positive semble être surtout en rapport avec l'activité de la défense du sujet contre la tuberculose.

En somme la cuti-réaction est un moyen de contrôle utile, et nous avons enregistré presque toujours le résultat de cette épreuve.

CHAPITRE III

CONCLUSIONS PRATIQUES DE CETTE ÉTUDE

Les faits que nous nous sommes efforcé de mettre en relief comportent quelques conclusions pratiques ; à la lumière de ces données on peut avoir des diverses manifestations aiguës tuberculeuses une conception clinique que nous croyons utile de résumer en quelques mots :

1° Les tuberculoses pulmonaires aiguës curables ne sont pas des *manifestations initiales* de la tuberculose, elles apparaissent chez des sujets ayant subi une invasion tuberculeuse antérieure.

2° Cette infection tuberculeuse, qu'elle se soit faite par voie buccale, pulmonaire ou digestive, se localise aux *ganglions médiastinaux* qui sont les organes d'arrêt.

3° L'envahissement de l'organisme par le bacille de Koch donne lieu également à certains troubles que nous avons décrits sous le nom de signes *d'imprégnation tuberculeuse.*

4° L'*adénopathie médiastine*, même lorsqu'elle évolue vers la résolution, constitue un foyer *d'infection tuberculeuse* latent qui, à un moment donné, peut être l'origine d'auto-infection tuberculeuse (Laënnec, Buhl).

5° Cette auto-infection atténuée donne lieu à des formes curables de la tuberculose pulmonaire sous leurs diverses modalités.

α) *Une infection atténuée sans localisation viscérale* : c'est la typho-bacillose, qu'il s'agisse soit d'une septicémie atténuée, soit d'une toxémie. Tout se passe comme s'il s'agissait d'une réaction générale vive, déterminée par une lésion viscérale minime, évoluant de façon sournoise, mais susceptible de se manifester en donnant naissance à des *localisations viscérales tardives* ou à des poussées de *vraie granulie*.

β) *Une septicémie atténuée avec localisations viscérales multiples.*

γ) Des *localisations viscérales uniques* ou se succédant à longs intervalles :

Pleuro-tuberculose ; congestion pulmonaire ; spléno-pneumonie ; broncho-pneumonie, etc.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

« La tuberculose est actuellement partout, mais il ne faut plus y voir cette maladie progressive et à lésions spécifiques seule étudiée par les anciens cliniciens ; elle est souvent histologiquement atypique, elle n'est pas progressive, elle est curable, elle n'en est pas moins responsable, sous ses *formes occultes*, de nombre de dystrophies osseuses ou autres, sous ses *formes larvées* d'une infinité de manifestations trop souvent rattachées à quelque vague arthritisme » (P. Lereboullet) (1).

Aussi son pronostic ne doit-il plus être regardé comme aussi sombre qu'autrefois et notamment le pronostic immédiat des formes pulmonaires aiguës et curables, est, d'après son nom même, assez rassurant, mais il faut cependant envisager l'avenir éloigné avec réserves. Chez certains sujets, en effet, la poussée discrète de tuberculose peut ne pas se reproduire, mais chez d'autres, la maladie évolue à petit bruit et peut aboutir à la généralisation tuberculeuse.

Il faut donc suivre de près les enfants après leur convalescence. L'état stationnaire des ganglions bronchiques ou bien leur fonte rapide, l'état de la température, de l'appé-

(1) P. Leretoullet, La tuberculose en 1910. *Paris médical*, 7 janvier 1911.

tit, la courbe de poids donneront des renseignements rassurants ou alarmants.

L'apparition des moindres infections banales aura de l'importance chez ces enfants, et il faudra surveiller avec soin l'évolution d'une grippe ou d'une fièvre éruptive, d'une coqueluche. La marche de ces infections intercurrentes pourra donner de précieuses indications sur l'état des foyers tuberculeux jadis observés. Si elles déterminent une altération profonde et prolongée de la santé du petit malade, on devra craindre que l'activité des bacilles de Koch n'ait été « réchauffée » et redouter de ce fait de nouvelles poussées aiguës.

Si, au contraire, elles évoluent sans incidents et guérissent normalement, on doit espérer que la cicatrisation de la tuberculose est effectuée de façon définitive.

Il importe donc surtout de prévenir les accidents. Nous savons que les enfants chez lesquels surviennent les tuberculoses aiguës curables sont antérieurement des tuberculeux. Il est impossible, il est vrai, de savoir le moment précis où se fait l'invasion tuberculeuse, mais nous avons parlé des signes qui devaient faire penser que celle-ci était effectuée. Un traitement prophylactique actif doit être institué dès cette première constatation.

Il faut d'abord soustraire l'enfant à toute infection tuberculeuse possible par l'entourage afin d'éviter une « super-infection » (Carnot) auquel ces sujets sont particulièrement sensibles.

En outre, il faut les mettre en bonnes conditions hygiéniques pour leur permettre de cicatriser leurs lésions : hygiène alimentaire, choix de l'alimentation en qualité et

quantité suivant l'âge de l'enfant et suivant le cas ; — hygiène générale par le repos et une aération continue à la montagne en altitude moyenne ou au bord de la mer, dans les stations abritées, telles qu'Arcachon ; — traitement médicamenteux par les préparations phosphatées et calciques toujours utiles, par les préparations iodo-tanniques, par l'arsenic à petites doses, etc... Nous ne croyons pas devoir insister sur les éléments de ce traitement maintes fois d'ailleurs exposé ; nous voulons seulement insister en terminant sur l'utilité qu'il y a à traiter activement tous les sujets suspects de tuberculose, tous ceux qui présentent des signes d'imprégnation tuberculeuse, car c'est en agissant ainsi qu'on est le plus sûr de prévenir l'apparition des accidents aigus, contre lesquels la thérapeutique est moins bien armée. Peut-être toutefois les diverses médications spécifiques actuellement à l'étude permettront-elles d'agir efficacement même sur ces accidents aigus ; la preuve de cette action est au surplus difficile à fournir, en raison de la curabilité naturelle de tels accidents.

CONCLUSIONS

L'*adénopathie médiastine* présente un intérêt capital au cours des *tuberculoses pulmonaires aiguës et curables de l'enfant*.

1° Au point de vue du *diagnostic*, elle permet de distinguer ces formes de tuberculose d'une affection aiguë banale. Elle est un élément important dans le diagnostic si hésitant et si difficile de la typho-bacillose.

2° L'évolution de cette adénopathie guide le *pronostic* de la tuberculose. On peut dire qu'une grosse adénopathie qui ne rétrocède pas est de mauvaise augure, qu'une adénopathie minime ou qui se résorbe, est d'un bon pronostic.

3° L'intérêt *prophylactique* est de premier ordre : la notion d'existence de l'adénopathie nous permet de considérer certains enfants comme des tuberculeux et non comme des candidats à la tuberculose. D'où la surveillance toute particulière des ganglions au cours des maladies intercurrentes (fièvres éruptives).

4° La valeur *pathogénique* de cette adénopathie est très importante puisque les tuberculoses pulmonaires curables ne sont pas les manifestations initiales de la tuberculose. L'adénopathie bronchique les précède en tant que signature de la tuberculisation antérieure.

Et ceci explique :

α) Les prodromes ou petits signes de tuberculose que l'on retrouve dans les antécédents de ces malades.

β) Les poussées de tuberculose curable à foyers multiples,

γ) Enfin ceci rend claire la pathogénie de la typho-bacillose, rarement septicémie atténuée, plus souvent toxémie provoquée par l'évolution sournoise d'un foyer tuberculeux latent.

Vu :
Le Président de la Thèse,
MARFAN.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).